

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) (дата рождения)

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации пациента либо законного представителя)

проживающий (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении:

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) (дата рождения)

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Детская Клиника».

Медицинским работником:

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) \_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) \_\_\_\_\_ (подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**В целях постановки, уточнения диагноза, выбора мероприятий по лечению, специалисты Медицинского центра доктора Александровского (ООО «Детская Клиника») проводят:**

**1. Опрос**, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в Анкету о здоровье, медицинскую карту с последующим подтверждением слов Пациента/Законного представителя своей подписью.

**2. Осмотр**, в том числе:

- пальпация (метод медицинского обследования, основанный на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ошупывающей руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа);
- перкуссия (метод медицинского обследования, состоящий в выстукивании участков тела и определении по характеру возникающего при этом звука физических свойств, расположенных под перкутируемым местом органов и тканей (главным образом их плотности, воздушности и эластичности);
- аускультация (исследование функции внутренних органов, основанное на выслушивании звуковых явлений при помощи специального прибора стетоскопа);

- риноскопия (метод исследования полости носа с помощью носовых зеркал (носовых расширителей) и носоглоточного зеркала);

- фарингоскопия (метод визуального исследования глотки при помощи лобного осветителя/рефлектора);

- непрямая ларингоскопия (метод визуального исследования гортани при помощи специального гортанного зеркала и лобного осветителя/рефлектора);

- вагинальное исследование (при гинекологическом осмотре метод исследования органов малого таза женщины путем их пальпации через стенку влагалища с возможным применением специального зеркала);

- ректальное исследование (метод обследования с целью оценки состояния прямой кишки и окружающих ее органов и тканей).

**3. Антропометрические исследования** (измерение тела и его частей, скелета, а также описание тела человека в целом и отдельных его частей (развитие жирового слоя, мускулатуры, форма грудной клетки, спины, живота, ног, пигментация, волосистой покров, вторичные половые признаки и т.д.).

**4. Термометрия** (различные методы и способы измерения температуры тела человека).

**5. Тонометрия** (процедура измерения артериального давления при помощи специального аппарата - тонометра).

**6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.**

**7. Неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций.**

**8. Исследования функций нервной системы** чувствительной и двигательной сферы) путем различных проб и тестов (исследование устойчивости, равновесия, кинестетической чувствительности, мышечного тонуса, рефлексов и пр.).

**9. Лабораторные методы обследования**, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

**10. Функциональные методы обследования:**

- электрокардиография (метод электрофизиологического исследования деятельности сердца в норме и патологии, основанный на регистрации и анализе электрической активности миокарда, распространяющейся по сердцу в течение сердечного цикла. Регистрация производится с помощью специальных приборов — электрокардиографов);

- суточное мониторирование электрокардиограммы (метод непрерывной регистрации электрокардиограммы в течение 24 часов и более (48, 72 часа, иногда до 7 суток). Запись осуществляется при помощи специального портативного аппарата - рекордера (регистратора), который пациент носит с собой (на ремне через плечо или на поясе);

- спирография;

- пневмотахометрия;

- пикфлоуметрия;

- реоэнцефалография;

- электроэнцефалография;

- кардиотокография (для беременных).

**11. Рентгенологические методы обследования**, в том числе:

- флюорография (для лиц старше 15 лет)

- рентгенография (неинвазивный, высокодостоверный и быстрый метод визуализации органов и прилегающих структур, позволяющий в кратчайшие сроки получить информацию о текущей патологии, выявить скрытую патологию, спланировать и проконтролировать необходимое пациенту лечение),

- ультразвуковые исследования (распознавание патологических изменений органов и тканей организма с помощью ультразвука. Метод основан на принципе эхолокации — приеме сигналов посланных, а затем отраженных от поверхностей раздела тканей, обладающих различными акустическими свойствами),

- доплерографические исследования.

**12. Введение лекарственных препаратов** по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

**13. Медицинский массаж.**

**14. Лечебная физкультура.**

\*\*\*

**За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний.**

\*\*\*

Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы. Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Подпись гражданина (законного представителя) \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Подпись \_\_\_\_\_ Расшифровка \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Подпись \_\_\_\_\_ Расшифровка \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) (дата рождения)

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации пациента либо законного представителя)

проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении: \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) (дата рождения)  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Детская Клиника».

Медицинским работником: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) \_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) \_\_\_\_\_ (подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

